



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

ANA FLÁVIA LIMA ARAUJO
ANDRÉA WANESSA ANGELO DA SILVA

AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE REALIZAÇÃO DO
PAPANICOLAU PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER
DE COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE LAGARTO -SE

Lagarto
2019

ANA FLÁVIA LIMA ARAUJO
ANDRÉA WANESSA ANGELO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE REALIZAÇÃO DO
PAPANICOLAU PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER
DE COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE LAGARTO -SE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina - sob orientação da Dr^a Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos.

Lagarto
2019

ANA FLÁVIA LIMA ARAUJO
ANDRÉA WANESSA ANGELO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE REALIZAÇÃO DO
PAPANICOLAU PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER
DE COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE LAGARTO –SE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina - sob orientação da Dr^a Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

Introdução: O rastreamento de lesões precursoras do câncer (CA) de colo uterino deve ser realizado com uma frequência adequada evitando-se a sua baixa execução e os excessos, pelos impactos consequentes à saúde da mulher e ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Identificar o padrão de realização do exame preventivo na Clínica de Saúde da Família (CSF) Dr. Davi Marcos de Lima em Lagarto – SE para conhecer o perfil de frequência, suas causas e implicações. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com base na avaliação de um questionário sobre a realização do exame de lâmina aplicado a 161 usuárias da CSF Dr. Davi Marcos de Lima que já iniciaram atividade sexual, seguida da comparação entre os resultados obtidos e o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). **Resultados e discussões:** Constatou-se que 87,5% das entrevistadas já realizaram o exame de lâmina, sendo que 78,0% iniciaram a realização com menos de 25 anos (após início da vida sexual). Sobre a periodicidade em que realizam: 34,8% referiram ser anualmente; 27,7% não têm intervalo de tempo regular; 18,4% só realizaram uma vez; 17,0% a cada 6 meses; e 2,1% a cada 2 anos. Nota – se que 53,9% das entrevistadas se submetem ao exame numa frequência maior que a preconizada pelo MS. Quando questionadas sobre os motivos que levam ao padrão que realizam o exame de lâmina, 19,8% afirmaram ser por recomendação de algum profissional de saúde, 17,0% acreditam ser mais seguro; 15,6% acreditam ser o correto; 14,8% só realizam na vigência de sintomas; e 11,3% têm vergonha do procedimento. **Conclusões:** Percebemos que existe um padrão inadequado de realização do exame de lâmina na CSF Dr. Davi Marcos de Lima, ocorrendo numa frequência mais elevada que a recomendada pelo MS devido a orientação equivocada de algum profissional de saúde, seguido pelo fato da usuária acreditar que a forma que está realizando o exame seja a mais segura ou a mais correta. Apesar de haver fatores que levem à usuária a menor busca pelo exame (como vergonha ou estar assintomática), esta ainda o realiza numa frequência maior que a recomendada. Diante disso, sentimos a necessidade de propor meios para mudar essa realidade, como a implantação do cartão de saúde da mulher.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero/prevenção e controle; Papiloma vírus; Teste de Papanicolau; Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The correct execution for screening of precursor lesions of cervical cancer must be done with an adequate frequency avoiding its low realization and its excesses, due to the impacts on Women's Health and Brazilian Unique Health System. **Objective:** To identify the standard execution of Papanicolaou tests realized in Dr. Davi Marcos de Lima's Health Care Center, placed in the city of Lagarto-SE, in order to know its profile of frequency, its causes and implications. **Methods:** It is a cross-sectional study which consisted of the assessment by a questionnaire about Papanicolaou test execution applied to 161 users of Dr. Davi Marcos de Lima's Health Care Center who had previously started their sexual lives, followed by the comparison between the data obtained and what is established by Brazilian Ministry for Health. **Results and Discussion:** It was found 87.5% of the interviewed patients had already undergone a Papanicolaou test, considering that 78% started undergoing that examination before the age of 25 (after their sexual life's beginning). About the periodicity, they undergo: 34.8% said once a year; 27.7% do not have a regular time interval; 18.4% had undergone the test once; 17%, once a semester; and 2.1% once two years. It is noticed 53.9% of the patients undergo the test in a frequency bigger than the one established by Brazilian Ministry for Health. When they were asked about the reasons for that behavior of doing the Smear Test, 19.8% stated it was recommended by a health professional, 17% believed it is safer; 15.6% believed it is correct; 14.8% only do if symptoms are present; and 11.3% are shamed on the test. **Conclusion:** It is noticed there is an inadequate standard execution of the Smear Test in Dr. Davi Marcos de Lima's Health Care Center, happening in a frequency more elevated than the one established by Brazilian Ministry for Health due to an equivocated orientation of some health professionals, followed by the fact the user believes the way she is doing is the safest or the most correct. Despite of existing factors that lead the users to a lower search for the test (shame or lack of symptoms, for instance), they still undergo in a bigger frequency than the one recommended. Before that, the necessity for proposing means to change that reality exists, such as the implementation of the Women's Health Card.

Descriptors: Cervical Neoplasia/Prevention and Control; Papanicolaou Test; Papillomavirus; Family Health Strategy; Health Promotion

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRALE Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia

AJCC American Joint Committee on Cancer

APAC Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

APS Atenção Primária em Saúde

CA Câncer

CAB Caderno de Atenção Básica

CSF Clínica de Saúde da Família

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

FEBRASGO Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics

HPV Papiloma Vírus Humano

INCA Instituto Nacional de Câncer

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

Siscolo Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SUS Sistema Único de Saúde

TNM Tamanho do tumor, Número de linfonodos acometidos e Metástase

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
1.1 Câncer de colo uterino.....	7
1.2 Papanicolau.....	11
1.3 Atribuições da atenção básica.....	14
1.4 Adesão ao exame	15
1.5 Cartão de Saúde da Mulher	16
2. ARTIGO.....	17
3 REFERÊNCIAS	30
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	33
ANEXO B - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	37
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	40
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
APÊNDICE C - CARTÃO DE SAÚDE DA MULHER	46

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Câncer de colo uterino

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2014) o CA de colo é responsável pela terceira causa de tumor maligno na população feminina e é a quarta causa de óbito nesta população. De acordo com o mesmo, excetuando - se o câncer de pele do tipo não - melanoma o CA de colo uterino apresenta o maior potencial de prevenção e cura mediante o diagnóstico precoce.

Segundo o levantamento do INCA (2018) para o biênio 2018-2019 serão 16.370 novos casos. De acordo com este levantamento, para a região Norte, excetuando - se o câncer de pele não - melanoma, o CA de colo tem o primeiro lugar em incidência; tem o segundo lugar nas regiões nordeste e centro-oeste; terceiro lugar no Sudeste; e quarto lugar na região sul.

A nível mundial, de acordo com trabalho de levantamento da incidência de CA de colo nos cinco continentes de Parkin et al. (2002) a frequência de CA de colo é variável de acordo com os determinantes sociais da maioria populacional, desse modo, sua ocorrência está bem relacionada às condições de acesso a serviços educacionais e de saúde. Países em desenvolvimento e emergentes apresentam uma taxa de incidência de 25 casos para cada 100.000 mulheres. Já países desenvolvidos esse índice é de 10 casos para cada 100.000 mulheres. Os índices de mortalidade também diferem, nos países em desenvolvimento são 25 óbitos para cada 100.000, enquanto que nos desenvolvidos é de 5 óbitos para cada 100.000 mulheres.

No Brasil, segundo o INCA (2014) a faixa etária mais acometida pelo CA de colo e suas lesões precursoras, as neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) são mulheres de 20 - 29 anos sendo seu pico entre 45 - 49 anos. Isso ocorre já que a pessoa infectada tende a manifestar lesões neoplásicas cerca de 20 anos após exposição ao Papiloma Vírus Humano (HPV). Dados da OMS (2009) mostram que a faixa etária acometida é entre 30 e 39 anos tendo por pico a quinta e sexta décadas. As mulheres abaixo de 25 anos tendem a apresentar lesões de baixo grau e após 65 anos o desenvolvimento tende a ser lento ou pouco provável se resultados anteriores negativos.

O desenvolvimento de lesões correspondentes às NICs está relacionado a fatores de risco bem estabelecidos, de acordo com os dados da Colaboração Internacional de Estudos Epidemiológicos de Câncer Cervical para OMS (2009) como: início precoce de atividade sexual, infecções sexualmente transmissíveis, multiparidade, múltiplos parceiros sexuais, imunossupressão, uso prolongado de anticoncepcionais orais e baixo nível socioeconômico.

A transmissão do HPV, de acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para

Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do MS (2015) dá - se pelo contato direto com a pele e mucosas infectadas, sendo o contato sexual o maior responsável pela transmissão. Pode ocorrer por relações sexuais genital-genital, genital-oral e manual-genital. O contágio através de objetos, como vasos sanitários e uso de piscinas ainda não foram comprovados fatores de risco associados ao desenvolvimento do CA de colo estão relacionados de forma direta à exposição da mulher ao HPV.

De acordo com Sanjosé et al. (2007) a infecção pelo HPV desempenha papel central na oncogênese cervical. São mais de 40 tipos de HPV sendo 13 oncogênicos. Dos oncogênicos os tipos 16 e 18 são os mais relacionados ao CA cervical, sendo responsáveis por mais de 70% dos casos. Contudo, os tipos mais comuns são os tipos 6 e 11, responsáveis por cerca de 90% das lesões benignas (condilomas genitais e papilomas laríngeos).

Vanessa et al. (2016) avaliaram exames citopatológicos registrados no Sistema de Informação do Câncer em 2014, mostrando que em 75,7% houve alterações na zona de transição nos casos de exames positivos. Isso ocorre porque a zona de transição, entre endo e ectocervice, é um tecido exposto aos agentes que adentram o canal vaginal e que naturalmente sofre processos constitucionais ao longo da vida da mulher. A zona de transição tende a sofrer metaplasia e a infecção pelo HPV nessas células - potencialmente com capacidade de mutação - propicia a formação de neoplasias.

Maria e Rodrigo (2009) trazem que as lesões precursoras das neoplasias de colo são identificadas de forma precoce através da avaliação citológica do colo, entretanto a sintomatologia não se faz presente nas formas iniciais e quando o faz é pouco exuberante e inespecífica. Apesar de não serem iniciais, os sintomas mais precoces são: sangramento vaginal, dispareunia e corrimento (aquoso, mucoide, purulento ou fétido); e os tardios: dor pélvica ou lombar com irradiação para a porção posterior dos membros inferiores. Em estágios muito avançados da doença as pacientes podem apresentar sintomas resultantes da invasão de estruturas adjacentes. Deste modo, podem apresentar hematúria e ureterohidronefrose, pela invasão ao trato geniturinário; ou hematoquezia e suboclusão intestinal, pela invasão ao reto.

Logo, como a mudança do padrão citológico, do aspecto do colo e presença de sintomas ocorrem nessa ordem Maria e Rodrigo (2009) afirmam que é imprescindível a realização do exame Papanicolau para identificação precoce e para iniciar o cuidado à saúde da mulher. Além do exame Papanicolau existem outros métodos para avaliação do colo uterino, como a biópsia e a colposcopia do colo. Métodos que serão utilizados de acordo com o resultado do exame de lâmina.

Após o estabelecimento do diagnóstico de CA de colo é preciso realizar o estadiamento

para nortear as bases terapêuticas adequadas. O mesmo é realizado com base no sistema da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (2009), e no TNM (tamanho do tumor, acometimento linfonodal e presença de metástase) do American Joint Committee on Cancer (AJCC) (2010) mostrado nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Estadiamento do tumor cervical de acordo com sítio e extensão

TNM	FIGO
T — Tumor Primário	
Categorias	Estádios
TX	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	0 Carcinoma in situ (carcinoma pré-invasor)
T1	I Carcinoma da cérvix confinado ao útero (extensão ao corpo deve ser desprezada)
T1a	IA Carcinoma invasor, diagnosticado somente pela microscopia. Todas as lesões visíveis macroscopicamente - mesmo com invasão superficial - são T1b/Estádio IB
T1a1	IA1 Invasão estromal de até 3 mm em profundidade e 7 mm ou menos de extensão horizontal
T1a2	IA2 Invasão estromal maior que 3 mm e até 5 mm ¹ em profundidade com uma extensão horizontal de 7mm ou menos
T1b	IB Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior que T1a2/IA2
T1b1	IB1 Lesão clinicamente visível com 4cm ou menos em sua maior dimensão
T1b2	IB2 Lesão clinicamente visível com mais de 4 cm em sua maior dimensão
T2	II Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina
T2a	IIA Sem invasão do paramétrio
T2b	IIB Com invasão do paramétrio
T3	III Tumor que se estende à parede pélvica, compromete o terço inferior da vagina, ou causa hidronefrose ou exclusão renal
T3a	IIIA Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica
T3b	IIIB Tumor que se estende à parede pélvica, ou causa hidronefrose ou exclusão renal
T4	IVA Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, ou que se estende além da pélvis verdadeira
	IVB Qualquer T Qualquer N M1

Fonte: FIGO (2009)

Tabela 2 - Estadiamento do tumor cervical de acordo com acometimento linfonodal e metástase

N	Linfonodos Regionais ²
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástase em linfonodo regional
N1	Metástase em linfonodo regional
M	Metástase à Distância
MX	A presença de metástase à distância não pode ser avaliada
M0	Ausência de metástase à distância
M1	Metástase à distância

Fonte: FIGO (2009)

Os dados para o estadiamento são obtidos através de exames clínicos, como exame ginecológico bimanual e complementares como a biópsia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética de pelve, cistoscopia, retossigmoidoscopia e radiografia de tórax.

A realização do rastreamento do CA cervical é de extrema importância pelo impacto na

expectativa de sobrevida em cinco anos. De acordo com o AJCC (2013) a sobrevida em cinco anos de pacientes é no estágio 0 e IA 93%; IB 80%; IIA 63%; IIB 58%; IIIA 35%; IIIB 32%; IVA 16%; e IVB 15%.

Além do impacto sobre a qualidade de vida e sobrevida da mulher o diagnóstico tardio traz um elevado custo para o SUS e demais sistemas de saúde. Bouzas (2016) apontou os gastos (em milhões de reais) com serviços oncológicos no Brasil de 1999 – 2015 – que são expostos na tabela 3.

Na análise desses dados, Medice (2018) afirma que houve um crescimento de 7 vezes nos gastos no tratamento do câncer em 16 anos; e que cerca de 2/3 deste valor está relacionado à quimioterapia.

Tabela 3 - Gastos com serviços oncológicos no Brasil (1990 – 2015)

ANO	CIRURGIA ONCOLÓGICA	RADIOTERAPIA	QUIMIOTERAPIA	IODOTERAPIA DO CDT	TOTAL
1999	87,00	77,00	306,00	0,05	470,05
2006	146,00	146,50	966,80	1,50	1.260,80
2007	159,0	147,0	1.000,0	2,3	1.308,30
2009	172,8	163,7	1.228,4	4,1	1.569,00
2010	173,2	209,5	1.473,6	4,6	1.860,90
2011	173,9	349,5	1.630,5	4,8	2.158,70
2012	176,1	363,8	1.718,3	5,5	2.263,70
2013	399,4	391,3	1.840,0	5,9	2.636,60
2014	698,96	396,74	2.121,04	5,53	3.222,27
2015	823,71	407,87	2.043,03	5,64	3.280,25

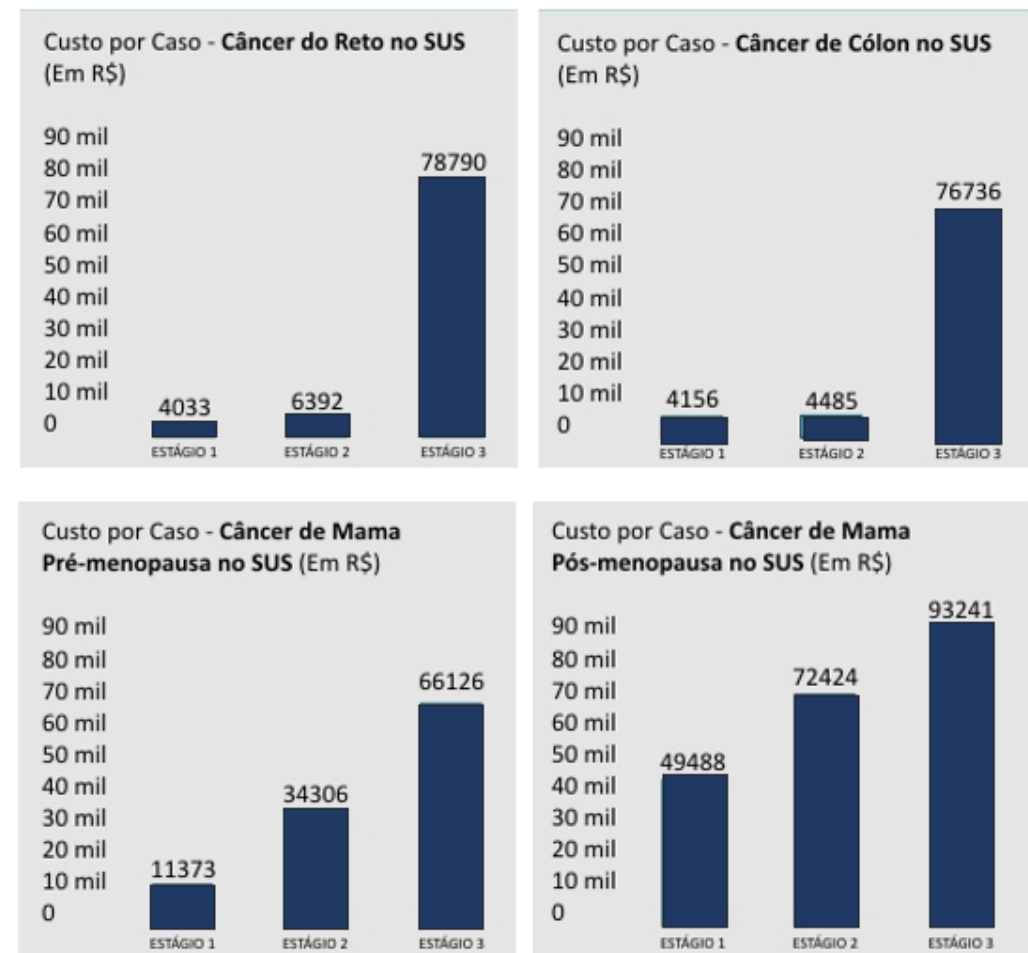
Fonte: Extraída da apresentação do Dr. Luiz Fernando Bouzas, e - diretor Geral do INCA/MS, no 3º Congresso Brasileiro "Todos Juntos Contra o Câncer", Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), São Paulo, 2016

Os impactos para o SUS foram contabilizados mediante análise do número de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) pelo Tribunal de Contas da União, em 2010. O levantamento mostrou que 60,5% dos pacientes foram diagnosticados com câncer em estadiamento avançado.

Em análise dos dados divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Loba et al. (2016) quantificaram os custos com cirurgia, radioterapia e

quimioterapia na terapêutica do CA de reto, mama e cólon (FIGURA 1). De acordo com esses dados inferimos, analogicamente, que a discrepância entre intervenções terapêuticas em estágios mais precoces no CA cervical também tenha alto impacto econômico.

Figura 1 - Custo por caso de CA de reto, mama e colo no Brasil, em 2016



Fonte: DATASUS (2016)

1.2 Papanicolau

Segundo Tan e Tatsumura (2015) o teste de Papanicolau é um exame ginecológico de citologia cervical realizado para detectar alterações e lesões precursoras da doença, como forma de detecção precoce do câncer de colo do útero. O nome Papanicolau é uma homenagem ao patologista grego Georges Papanicolaou, que criou o método no início do século.

O MS (2013) afirma que este é o principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero para detecção e tratamento das lesões precursoras. Segundo a OMS (2013), com uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80% e a garantia

de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo cervical na população.

De acordo com o MS (2013) o teste de Papanicolau requer uma estrutura de laboratório, com controle de qualidade interno e externo, treinamento de alta qualidade e educação continuada dos profissionais para garantir a eficiência e um sistema de comunicação dos resultados para a mulher. Quando há falhas em uma ou mais dessas áreas, situação comum nos países em desenvolvimento, o rastreamento tem impacto positivo inferior ao esperado.

O MS (2013) assim como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2017) preconizam que o rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade. Afirma ainda que antes de 25 anos, prevalecem as lesões de baixo grau, cuja maior parte regredirá espontaneamente e deverá ser apenas observada. Após 60 anos, por outro lado, se a mulher tiver tido acesso à rotina dos exames preventivos, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é diminuído, dada a sua lenta evolução.

O MS (2013) atenta para a particularidade na rotina do rastreamento referente às mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas. Estas devem realizar o exame anualmente, pois apresentam defesa imunológica reduzida e, em consequência, maior vulnerabilidade para as lesões precursoras de câncer do colo do útero.

- Técnica de coleta do Papanicolau segundo o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 13 (2013):

✓ Recomendações prévias:

A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico.

A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor.

Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.

O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação. No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada.

✓ Procedimento de coleta:

- A mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível.
- Cubra-a com o lençol.
- Sob boa iluminação observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pelos, à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e

tumorações.

- Colocar o espécúlo, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Não deve ser usado lubrificante, mas em casos selecionados, principalmente em mulheres idosas com vaginas extremamente atroficas, recomenda-se molhar o espécúlo com soro fisiológico.
- A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico.
- Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.
- Para coleta na endocérvice, utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.
- Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material, em seguida enviado ao laboratório. (p. 60)

Segundo o Protocolo de Atenção Básica – Saúde das mulheres (MS, 2016):

- Se a amostra for insatisfatória é recomendado que se repita o exame.
- Se o resultado for normal ou apresentar atipias benignas (atrofia, infecção por cândida) deve-se seguir a rotina de rastreamento citológico.
- Se o resultado for atipia em células escamosas deve-se repetir o exame em 6 e 12 meses, se ambos negativos devem-se retornar a rotina de rastreamento citológico, se achado lesão igual ou mais grave deve-se encaminhar a colposcopia. O mesmo esquema é usado para lesão intraepitelial de baixo grau.
- Atipias de origem indefinida, em células glandulares, lesão intraepitelial de alto grau e adenocarcinoma in situ ou invasor devem ser encaminhados a colposcopia.

O CAB nº13 (2013) traz que desde 1999 têm-se disponível um sistema de informação que registra os dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) (2019) é composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório – registra os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade – e o módulo coordenação, registra as informações de seguimento das mulheres que apresentam

resultados de exames alterados.

Os últimos dados encontrados no Siscolo sobre a realização do exame citopatológico em Lagarto datam de fevereiro de 2014 – tabela 4.

Tabela 4 - Número de exames citopatológicos em Lagarto, fevereiro de 2014

Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora

Quant. Exames segundo Mun.residência

Período: Fev/2014

Mun.residência	Quant. Exames
TOTAL	9.650
280010 Amparo de São Francisco	13
280020 Aquidabã	148
280030 Aracaju	2.311
280040 Arauá	80
280050 Areia Branca	55
280060 Barra dos Coqueiros	131
280067 Boquim	98
280070 Brejo Grande	1
280100 Campo do Brito	126
280120 Canindé de São Francisco	195
280130 Capela	234
280140 Carira	31
280150 Carmópolis	82
280160 Cedro de São João	28
280170 Cristinápolis	66
280190 Cumbe	30
280210 Estância	353
280220 Feira Nova	45
280230 Frei Paulo	80
280240 Gararu	30
280250 General Maynard	16
280270 Ilha das Flores	19
280290 Itabaiana	260
280300 Itabaianinha	235
280310 Itabi	22
280320 Itaporanga d'Ajuda	522
280330 Japaratuba	172
<u>280350 Lagarto</u>	639
280360 Laranjeiras	416

Fonte: Siscolo – 2014

1.3 Atribuições da atenção básica

O Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres (MS, 2016) afirma que a Atenção Básica, em especial a ESF, tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença.

É atribuição da Atenção Básica prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das

mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de citopatológico de colo do útero alterado.

São ações da Atenção Primária em Saúde (APS) segundo o Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres (MS, 2016):

- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo do exame e sua importância.
- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre aos fatores de risco para o câncer de colo do útero: tabagismo, idade, infecção por HPV.
- Orientação individual e coletiva sobre sexo seguro e prevenção do câncer de colo do útero.
- Orientação individual e coletiva quanto à periodicidade, recomendações do exame e cuidados a serem tomados antes da coleta, evitando a realização de exames intravaginais, utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais, ou manutenção de relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores ao exame citopatológico.
- Estímulo às ações de prevenção primária: oferta de vacinação contra HPV para a população feminina entre 9 e 13 anos, sendo o esquema vacinal de duas doses (0 e 6 meses) e um reforço após cinco anos da segunda dose. Orientar sobre o uso de camisinha.
- Acompanhamento de usuárias pós-exame: manter o acompanhamento da mulher com resultado citopatológico alterado na Atenção Básica, quando contra referenciado pelo serviço de referência após diagnóstico ou tratamento. Ter contato contínuo com mulheres com resultado alterado, para estimular a adesão ao tratamento e detectar as faltosas. (p.179)

1.4 Adesão ao exame

Segundo o MS (2016) estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras.

De acordo com o Protocolo de Atenção Básica – Saúde das mulheres (MS, 2016):

Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero encontra-se a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre está aberta à disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher singularidades. Mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade, todos estes segmentos populacionais específicos demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço. (p.173)

No estudo realizado por Nascimento et al. (1987) os seguintes fatores foram apontados: ter entre 15 e 24 anos de idade em relação a ter 45 a 59 anos, ser solteira, ter baixo nível socioeconômico, não ter consultado o médico no ano anterior à pesquisa, não ter usado contraceptivos orais e não ter realizado o autoexame das mamas no último ano.

Já no estudo realizado por Pinho et al. (2003) observou-se que os principais motivos foram: não ter problemas ginecológicos, ter vergonha ou medo de realizar o exame e referir dificuldade de acesso à unidade de saúde. Este estudo mostrou ainda que a proporção de mulheres que referiu ter sido submetida ao exame de forma espontânea (sem recomendação médica e sem problemas ginecológicos) foi menor entre aquelas com baixo nível socioeconômico.

Por sua vez, Dias-da-Costa et al. (1998) concluíram que em mulheres pertencentes às classes sociais mais baixas, mais velhas, não brancas, viúvas ou solteiras, e que não consultavam

regularmente o médico, foi menor a frequência do exame de Papanicolau.

O estudo realizado por Quadros et al. (2004) mostrou que as mulheres não brancas, nas faixas etárias extremas, de baixo nível socioeconômico, de baixa escolaridade e que não foram consultadas por um ginecologista no ano anterior à pesquisa realizaram proporcionalmente menos o exame preventivo.

Cesar et al. (2003) encontraram que as maiores razões de prevalência para não terem sido submetidas ao exame ocorreram entre as mulheres de cor parda ou preta, com idade menor do que 20 anos, com renda familiar e escolaridade baixas, vivendo sem companheiros e cujo primeiro parto foi com 25 anos de idade ou mais, em relação àquelas de 15 a 24 anos. Os estudos com amostras não probabilísticas concluíram que quanto menor o nível de escolaridade e renda e mais baixa a faixa de idade (15 a 29 anos), menor a cobertura do exame. A esses fatores, somam-se a vergonha, ausência de solicitação médica e vida sexual inativa.

Não foram encontrados estudos que falem sobre a realização excessiva do exame, no entanto pode-se inferir que, não sendo necessários os exames realizados de forma excessiva, oneram o sistema de saúde.

1.5 Cartão de Saúde da Mulher

Em 19 de novembro de 2009 a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba criou o Programa Mulher Curitibaana.

O Programa Mulher Curitibaana oferece para as mulheres acima de 50 anos, residentes em Curitiba e usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS), um convite para uma avaliação de sua saúde, que inclui rastreamento mamográfico para câncer de mama, ações de prevenção e controle para o câncer de colo uterino, saúde bucal, doenças cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis e outras patologias da mulher adulta e idosa com ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce, incluindo orientações para atividade física, alimentação saudável, prevenção de osteoporose, controle de peso, entre outras.

O Programa tem como instrumento a caderneta de saúde da mulher curitibana, que é usada para anotar informações, guardar exames e outros documentos sobre a saúde das usuárias.

Inspiradas nessa caderneta e adequando-a para o foco do estudo, gostaríamos de propor a implantação do cartão de saúde da mulher, uma versão muito mais condensada da caderneta de saúde da mulher curitibana, voltada principalmente para obter um controle maior na frequência da realização de exames preventivos de colo e mama (ANEXO 2).

2. ARTIGO

AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LAGARTO -SE

ASSESSMENT OF PAPANICOLAOU TEST STANDARD EXECUTION IN THE SCREENING OF CERVICAL CANCER IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTER IN THE CITY OF LAGARTO-SE

CARACTERIZAÇÃO DO RASTREMANETO DE CÂNCER DE COLO

DESCRIPTORES: Neoplasias do Colo do Útero/prevenção e controle; Papilomavírus; Teste de Papanicolaou; Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde.

DESCRIPTORS: Cervical Neoplasia/Prevention and Control; Papanicolaou Test; Papillomavirus; Family Health Strategy; Health Promotion

FIGURAS

1 FAIXA ETÁRIA DAS ENTREVISTADAS;

2 RENDA FAMILIAR DAS ENTREVISTADAS;

3 ESCOLARIDADE DAS ENTREVISTADAS;

4 PERIODICIDADE AUTODECLARADA DA REALIZAÇÃO DO EXAME DE LÂMINA;

5 PERIODICIDADE RECOMENDADA PELO MS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE LÂMINA SEGUNDO AS USUÁRIAS;

6 CAUSAS DA PERIODICIDADE AUTODECLARADA.

RESUMO

Introdução: O rastreamento de lesões precursoras do câncer (CA) de colo uterino deve ser realizado com uma frequência adequada evitando-se a sua baixa execução e os excessos, pelos impactos consequentes à saúde da mulher e ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: Identificar o padrão de realização do Papanicolau na Clínica de Saúde da Família (CSF) Dr. Davi Marcos de Lima, na cidade de Lagarto-SE, para conhecer o perfil de frequência, suas causas e implicações.

Método: Trata-se de um estudo transversal, realizado com base na avaliação de um questionário sobre a realização do exame de lâmina aplicado a 161 usuárias da CSF Dr. Davi Marcos de Lima que já iniciaram atividade sexual, seguida da comparação entre os resultados obtidos e o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Resultados e discussões: Constatou-se que 87,5% das entrevistadas já realizaram o exame de lâmina, sendo que 78,0% iniciaram a realização com menos de 25 anos (após início da vida sexual). Sobre a periodicidade em que realizam: 34,8% referiram ser anualmente; 27,7% não têm intervalo de tempo regular; 18,4% só realizaram uma vez; 17,0% a cada 6 meses; e 2,1% a cada 2 anos. Nota – se que 53,9% das entrevistadas se submetem ao exame numa frequência maior que a preconizada pelo MS. Quando questionadas sobre os motivos que levam ao padrão que realizam o exame de lâmina, 19,8% afirmaram ser por recomendação de algum profissional de saúde, 17,0% acreditam ser mais seguro; 15,6% acreditam ser o correto; 14,8% só realizam na vigência de sintomas; e 11,3% têm vergonha do procedimento.

Conclusões: Percebemos que existe um padrão inadequado de realização do exame de lâmina na CSF Dr. Davi Marcos de Lima, ocorrendo numa frequência mais elevada que a recomendada pelo MS devido a orientação equivocada de algum profissional de saúde, seguido pelo fato da usuária acreditar que a forma que está realizando o exame seja a mais segura ou a mais correta. Apesar de haver fatores que levem à usuária a menor busca pelo exame (como vergonha ou estar assintomática), esta ainda o realiza numa frequência maior que a recomendada. Diante disso, sentimos a necessidade de propor meios para mudar essa realidade, como a implantação do cartão de saúde da mulher.

ABSTRACT

Object: To identify the standard execution of Papanicolaou tests realized in Dr. Davi Marcos de Lima's Health Care Center, placed in the city of Lagarto-SE, in order to know its profile of frequency, its causes and implications.

Methods: It is a cross-sectional study which consisted of the assessment by a questionnaire about Papanicolaou test execution applied to 161 users of Dr. Davi Marcos de Lima's Health Care Center who had previously started their sexual lives, followed by the comparison between the data obtained and what is established by Brazilian Ministry for Health.

Results and Discussion: It was found 87.5% of the interviewed patients had already undergone a Papanicolaou test, considering that 78% started undergoing that examination before the age of 25 (after their sexual life's beginning). About the periodicity, they undergo: 34.8% said once a year; 27.7% do not have a regular time interval; 18.4% had undergone the test once; 17%, once a semester; and 2.1% once two years. It is noticed 53.9% of the patients undergo the test in a frequency bigger than the one established by Brazilian Ministry for Health. When they were asked about the reasons for that behavior of doing the Smear Test, 19.8% stated it was recommended by a health professional, 17% believed it is safer; 15.6% believed it is correct; 14.8% only do if symptoms are present; and 11.3% are shamed on the test.

Conclusion: It is noticed there is an inadequate standard execution of the Smear Test in Dr. Davi Marcos de Lima's Health Care Center, happening in a frequency more elevated than the one established by Brazilian Ministry for Health due to an equivocated orientation of some health professionals, followed by the fact the user believes the way she is doing is the safest or the most correct. Despite of existing factors that lead the users to a lower search for the test (shame or lack of symptoms, for instance), they still undergo in a bigger frequency than the one recommended. Before that, the necessity for proposing means to change that reality exists, such as the implementation of the Women's Health Card.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹ (2014) o CA de colo é responsável pela terceira causa de tumor maligno na população feminina e é a quarta causa de óbito nesta população. De acordo com o mesmo, excetuando - se o câncer de pele do tipo não – melanoma o CA de colo uterino apresenta o maior potencial de prevenção e cura mediante o diagnóstico precoce.

O Papanicolau ou exame citopatológico do colo do útero é o principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero para detecção e tratamento das lesões precursoras. O Ministério da Saúde (MS)² (2011) relata que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo cervical na população.

O MS³ (2013) assim como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2017)⁴ preconizam que o rastreamento do CA cervical deve ser realizado dos 25 anos aos 64 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual. A periodicidade geral do exame é a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.

A Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adstrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença.

Segundo o MS⁵ (2016) apesar da importância do rastreamento, estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico seja por dificuldade no acesso, medo dos resultados, falta de informação e inúmeros outros motivos.

Partindo deste ponto, faz-se necessário confrontar os dados da literatura – que representam o cenário nacional – com a realidade lagartense, apontando os malefícios da realização inadequada do exame papanicolau para rastreamento de câncer cervical e os motivos que levam a isso, ao mesmo tempo em que se propõe a criação do cartão de saúde da mulher como meio de transformar essa realidade.

MÉTODOS

Este trabalho é um estudo transversal realizado no ano de 2018 na Clínica de saúde da família (CSF) Dr. Davi Marcos de Lima localizada da cidade de Lagarto – Sergipe. Esta unidade foi escolhida por apresentar o segundo maior número de usuárias submetidas ao exame preventivo sob a ESF, no ano de 2017. Dados cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto, mostrando um número de 518 usuárias.

A unidade que possui o maior número de exames realizados estava com uma queda significativa na coleta este ano. A equipe não soube referir causas possíveis para redução da procura - que ficou confirmada em visitas à unidade realizadas, por 8 semanas, 4 dias por semana, nos meses de janeiro e fevereiro. Realizamos visita na unidade escolhida para desenvolver este projeto e a busca pelo exame preventivo se aproxima dos valores esperados.

A população da CSF Davi Marcos de Lima é composta por 518 mulheres que iniciaram atividade sexual e realizaram o exame preventivo no ano de 2017. A amostra contou com número de 161 mulheres entrevistadas. O tamanho da amostra foi determinado pelo nível de confiança de 90% e margem de erro de 5%.

A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário (APÊNDICE A) com as usuárias, após aprovação do projeto pelo comitê de ética (ANEXO B) e posterior explicação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

O questionário utilizado para coleta de dados nesta pesquisa, foi construído pelas próprias pesquisadoras com base em dados obtidos na revisão bibliográfica realizada pelas mesmas. Com o intuito de garantir um questionário válido e viável, foi realizado um pré-teste com cinco mulheres, usuárias dos serviços da CSF Dr. Davi Marcos de Lima, no dia 28 de fevereiro de 2018, após anuência da gerente desta unidade e consentimento livre e esclarecido das mesmas.

A partir dos dados obtidos no pré-teste e da dinâmica observada na aplicação dos questionários, foram realizadas algumas adequações como por exemplo, a inserção dos itens que questionam sobre idade de início da vida sexual e idade de início da realização do exame citológico de colo do útero. De modo geral, não foram observadas dificuldades, por parte das usuárias, em responder adequadamente o questionário.

Os dados coletados nos questionários foram inseridos no google forms para facilitar a digitação e em seguida analisados no Excel 2019.

DISCUSSÃO

A amostra estudada apresentava 34,8% de mulheres com menos de 25 anos; 23,6% entre 25 e 35 anos; 16,1% entre 36 e 45 anos; 14,9% entre 46 e 55 anos; 8,1% entre 56 e 64 anos; e 2,5% acima dos 64 anos (FIGURA 1). Nota-se que 62,7% das entrevistadas estão na faixa etária preconizada pelo MS para realização do exame de lâmina (25-64anos), 39,7% estão dentro da faixa etária de maior risco para lesões precursoras de CA cervical (20-29 anos) e 14,9% dentro da faixa etária de maior pico de lesões neoplásicas (45-49 anos) de acordo com MS³ (2013). Em relação ao estado civil, 69,0% afirmam estar em união estável ou casada; 26,1% solteiras; e 4,9% viúvas.

A atividade sexual iniciou com menos de 25 anos para 95% das entrevistadas e entre 25 e 35 anos para 5%. No que diz respeito à existência de parceria sexual, 77,0% relatou ter parceria fixa; 11,2% não possui; e 11,8% não mantinha relações sexuais (considerando não ter tido parceria sexual no último ano). Das mulheres que relataram existência de parceria sexual 81,9% reportou ter apenas uma parceria sexual – o que confere um risco menor de exposição a infecção por diferentes tipos de HPV.

Referente aos aspectos socioeconômicos, 90,1% das mulheres responderam que suas famílias vivem com até um salário mínimo - sendo que 51,6% de todas as entrevistadas têm como única renda o benefício do Bolsa Família no valor aproximado de R\$ 200,00 (FIGURA 2). Quando perguntadas sobre sua escolaridade, 3,7% afirmaram nunca ter estudado; 52,8% têm ensino fundamental incompleto (onde todas cursaram até o 5º ano – antiga 4ª série); 10,6% ensino fundamental completo; 13,0% ensino médio incompleto; 16,1% ensino médio completo; 3,8% afirmaram estar com ensino superior completo ou em andamento (FIGURA 3). Esses dados caracterizam nossa população em situação de vulnerabilidade social.

Referente ao exame de lâmina, 85,2% das entrevistadas não têm dificuldade no acesso ao exame. Apesar disso, 12,5% nunca o realizou, dado que concorda com o percentual de mulheres brasileiras que nunca realizaram o preventivo segundo o MS⁵ (2016). Quando indagado o motivo da não realização pelas entrevistadas: 36,8% afirmou não ser necessário; 21,1% relatou vergonha; 15,8% medo de dor ou desconforto. Os outros motivos citados foram: não saber da existência do exame, não possuir documentos de identificação, falta de tempo, dificuldade no acesso e sua mãe nunca ter realizado.

Das mulheres que realizaram o exame (87,5% das entrevistadas) 78,0% iniciaram a realização com menos de 25 anos. Quando questionadas sobre a faixa etária preconizada pelo MS para início da realização do exame, apenas 26,6% referiram saber; dessas, 63,9% responderam que deve ser realizado após início da vida sexual. Este último item corrobora com

o fato de que o início da atividade sexual das entrevistadas e o início da realização do exame de lâmina ocorreram na mesma faixa etária – menos de 25 anos.

Sobre a periodicidade com que realizam o exame, 34,8% afirmaram realizar anualmente; 27,7% não têm intervalo de tempo regular; 18,4% só realizou uma vez; 17,0% a cada 6 meses; e 2,1% a cada 2 anos (FIGURA 4). Nota – se que 53,9% das entrevistadas se submetem ao exame numa frequência maior que a preconizada pelo MS.

Ao questionarmos às usuárias sobre a frequência adequada da realização do exame de lâmina, 66,7% afirmaram saber a recomendada pelo MS; dessas, 53,3% responderam ser semestral, 42,1% anual, 3,7% bianual e apenas 0,9% a cada 3 anos (FIGURA 5).

Quando questionadas sobre os motivos que levam ao padrão que realizam do exame de lâmina, 19,8% afirmaram ser por recomendação de algum profissional de saúde, 17,0% acreditam ser mais seguro; 15,6% acreditam ser o correto; 14,8% só realiza na vigência de sintomas; e 11,3% têm vergonha do procedimento (FIGURA 6).

As três primeiras causas estão relacionadas à uma frequência mais elevada do exame. A vigência de sintomas pode agir como um fator que reduz ou aumenta esta frequência, a depender da individualidade de cada mulher. Por exemplo: Uma mulher que apresenta candidíase de repetição pode estar sintomática várias vezes ao ano, ao mesmo tempo em que uma outra mulher passa vários anos assintomática.

A vergonha, por sua vez, foi caracterizada como um fator redutor da frequência. Das mulheres que referiram vergonha – 50,0% nunca realizaram o exame e das que já realizaram, 62,5% o fazem de forma irregular e 37,5% anualmente. Quando perguntadas qual a frequência correta de realizar o exame, 56, 25% respondeu a cada 6 meses e 43,75% a cada ano.

Estes dados nos fazem inferir que mesmo aquelas mulheres que realizam o exame numa frequência menor que a frequência que acreditam ser a correta, ainda assim realizam exames em excesso. Por exemplo: Uma mulher acredita que o preventivo deve ser realizado semestralmente. Esta mulher tem vergonha de realizá-lo e por isso ela só o realiza a cada 2 anos. A vergonha mostrou-se um fator redutor da frequência, mas apesar dela, a realização bianual ainda é excessiva, conforme os parâmetros estabelecidos pelo MS.

Outros motivos foram elencados como redutores para a realização do exame: medo (sendo 53,3% medo de dor e 46,7% medo do resultado); dificuldade no acesso; acredita que não precisa fazer; mal atendimento pela enfermagem; estar na menopausa; não ter vida sexual ativa; preguiça; mudança do profissional de enfermagem que realizava o exame; e gestação. Apesar de realizarem o exame numa frequência menor do que a que elas acreditavam ser o adequado, ainda realizam numa superior ao preconizado pelo MS, assim como as entrevistadas que reportaram

vergonha.

Após relacionar os resultados do estudo com os dados encontrados na literatura sobre este padrão e suas causas, percebemos que os estudos trazem os fatores que levam a realização de um número menor de exames. Dentre estes, Nascimento et al.⁶ (1987) e Pinho et al.⁷ (2003) trazem o baixo nível socioeconômico, estar assintomática, ter vergonha ou medo do procedimento, fatores estes que concordaram com os resultados do nosso estudo. Os fatores dificuldade de acesso e estar solteira foram recorrentes em outros trabalhos, porém não houve esta relação no nosso. Para a realização do exame de lâmina acima do necessário não conseguimos correlacionar com os estudos já feitos, pois não encontramos nenhum que trouxesse este vínculo.

Frente ao exposto, percebemos que existe um padrão inadequado de realização do exame de lâmina, que ocorre numa frequência elevada por orientação de algum profissional de saúde, seguida pela usuária acreditar ser a forma mais segura ou correta. Apesar de haver fatores que levem à usuária a menor busca pelo exame, esta ainda o realiza numa frequência maior que a recomendada pelo MS.

Sendo assim, sentimos a necessidade de atualização dos profissionais da CSF Dr. Davi Marcos de Lima para o que recomenda o MS acerca dos exames preventivos; propor ações educativas sobre a periodicidade e importância dos exames para a população; e o Cartão de Saúde da Mulher (APÊNDICE C) para facilitar o controle sobre data e resultados dos últimos exames.

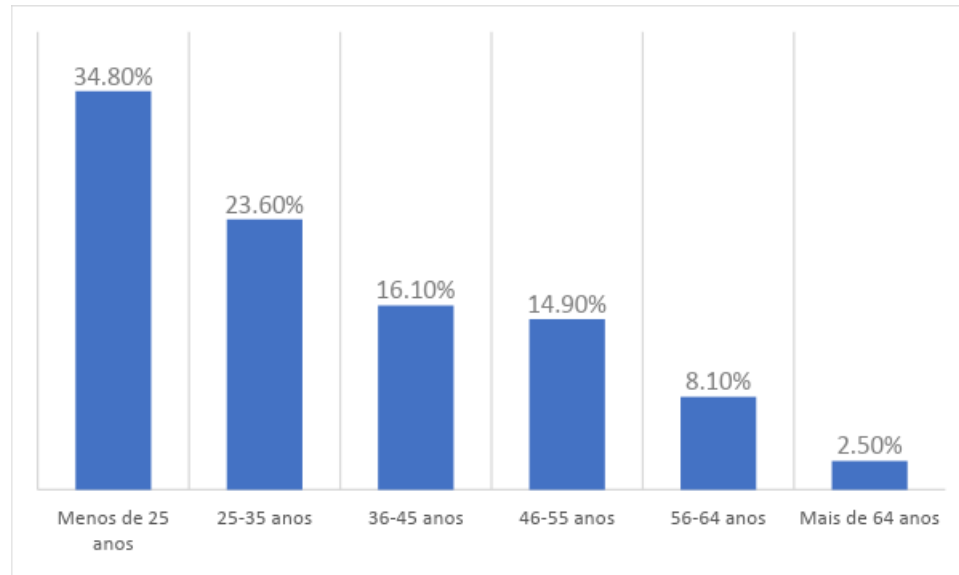
O Cartão de Saúde da Mulher poderia facilitar a longitudinalidade do cuidado, assim como outros cartões já propostos e utilizados no SUS (cartão da criança, do hipertenso e diabético, gestante e vacinação do adulto). O mesmo traria dados de identificação (cédula de identidade, cartão nacional do SUS, número da pasta da família e agente comunitário responsável) além das informações sobre a periodicidade do Papanicolau e rastreamento do câncer de mama. Sendo assim, ele poderia facilitar o controle da cobertura do exame de lâmina e outros exames de rastreamento, reduzir os custos com exames desnecessários e as iatrogênicas inerentes ao procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014.
2. Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cadernos de atenção básica n. 29. 1. ed. 1. reim. Brasília (DF); 2013. v. 2.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO n. 2. São Paulo (SP); 2017. v.1.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de atenção básica n. 13. 2. ed. Brasília (DF); 2013.
6. Nascimento CMR, Eluf-Neto J, Rego RA. Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested. Bull Pan Am Health Organ. 1996; 30(4):302-12.
7. Pinho AA, França-Júnior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003;19 Supl. 2:303-13.

FIGURAS

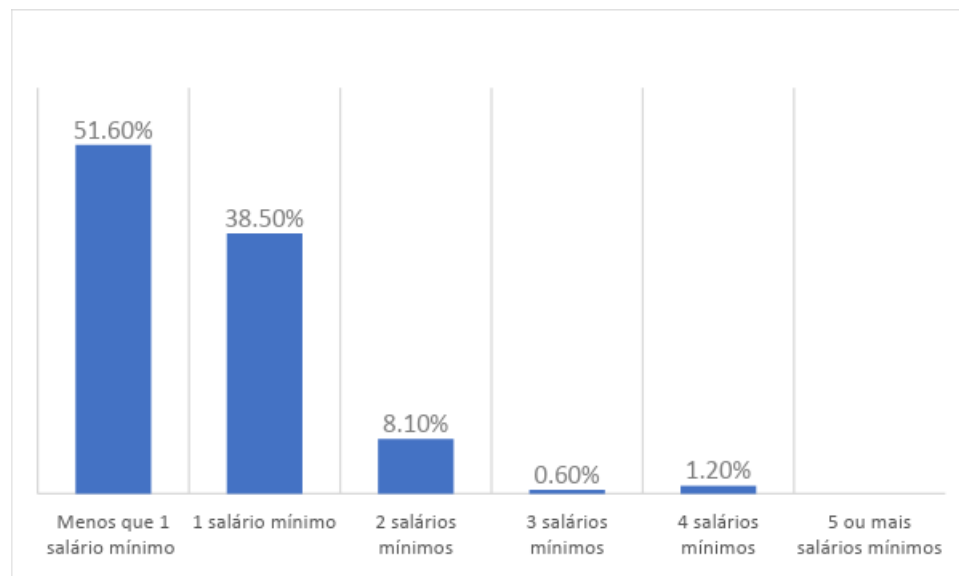
Figura 1



Faixa etária das entrevistadas. Faixa etária autodeclarada pelas usuárias entrevistadas na CSF

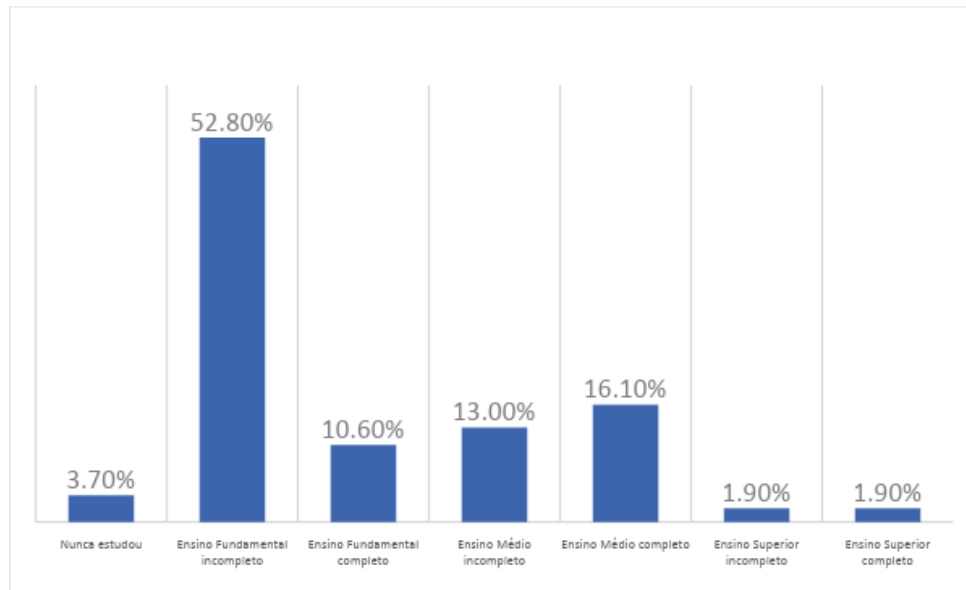
Davi Marcos de Lima. Lagarto, SE, 2018/2019. (N=161)

Figura 2



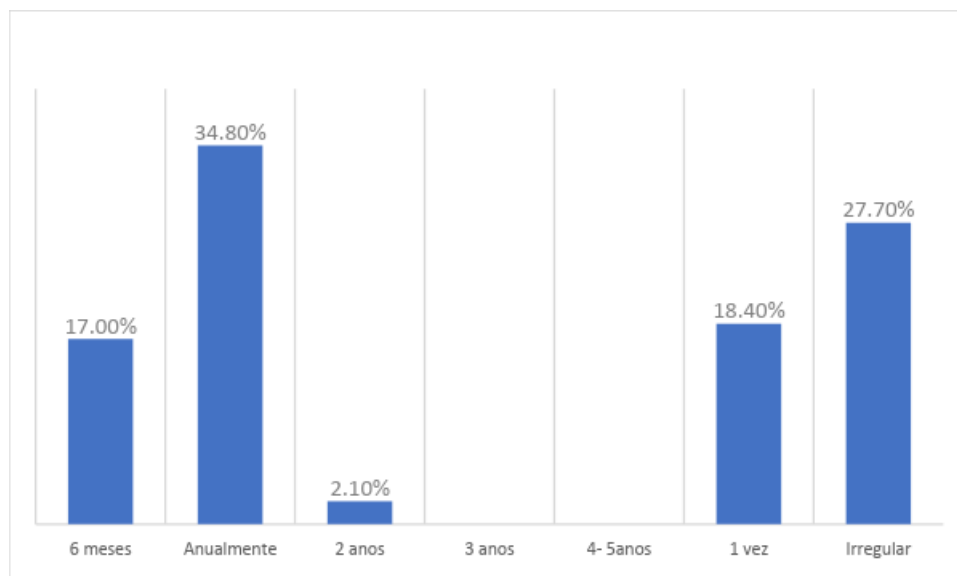
Renda familiar das entrevistadas. Renda familiar autodeclarada pelas usuárias entrevistadas na

CSF Davi Marcos de Lima. Lagarto, SE, 2018/2019. (N=161)

Figura 3

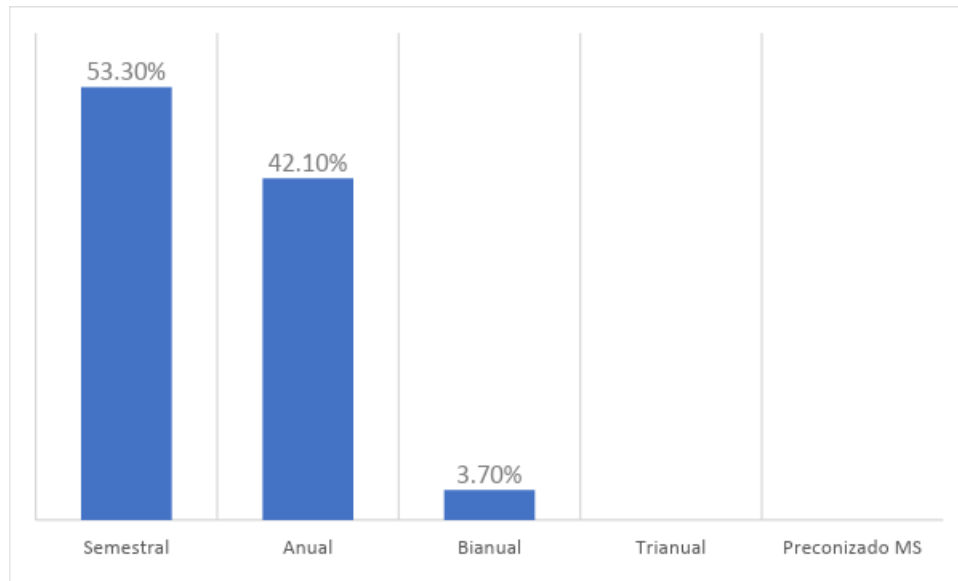
Escolaridade das entrevistadas. Escolaridade autodeclarada pelas usuárias entrevistadas na CSF

Davi Marcos de Lima. Lagarto, SE, 2018/2019. (N=161)

Figura 4

Periodicidade autodeclarada da realização do exame de lâmina. Frequência

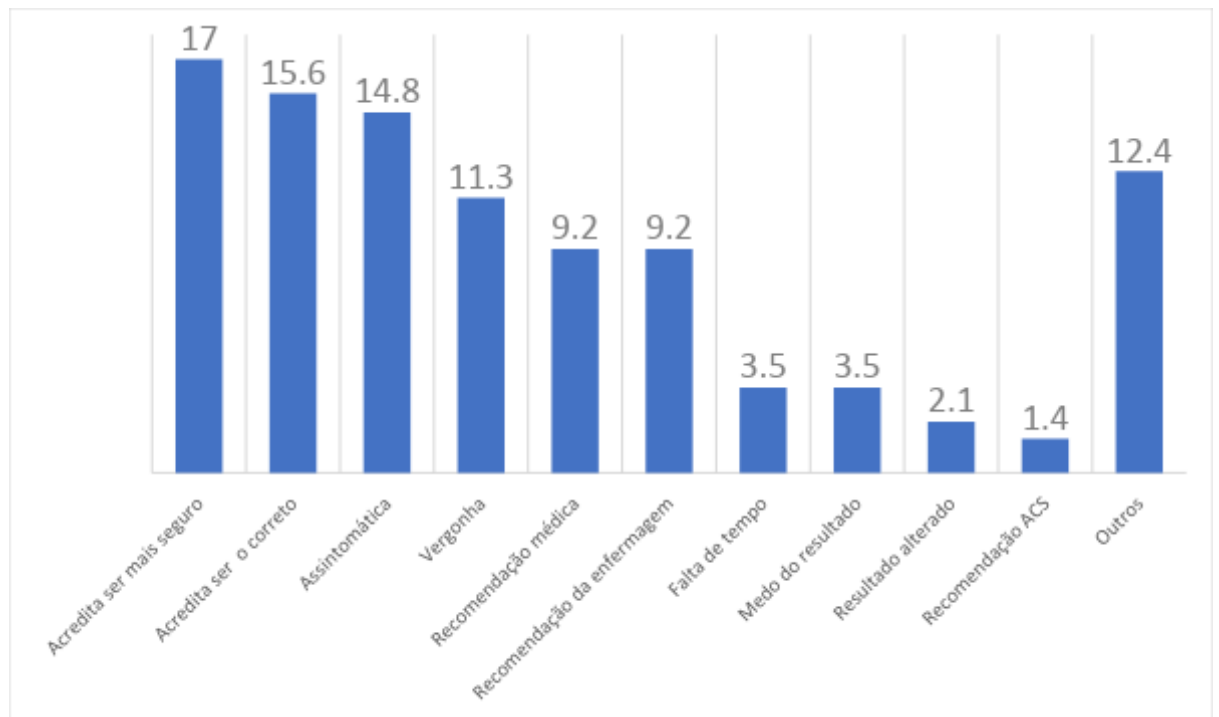
autodeclarada pelas usuárias entrevistadas na CSF Davi Marcos de Lima, sobre a periodicidade em que realizam o exame de lâmina. Lagarto, SE, 2018/2019. (N=161)

Figura 5

Periodicidade recomendada pelo MS para realização do exame de lâmina.

Periodicidade recomendada pelo MS para realização do exame de lâmina segundo as usuárias entrevistadas na CSF

Davi Marcos de Lima. Lagarto, SE, 2018/2019. (N=161)

Figura 6

Causas da periodicidade autodeclarada. Causas autodeclaradas pelas usuárias entrevistadas na CSF

Davi Marcos de Lima, que justificam a realização da periodicidade em que realizam o exame de lâmina. Lagarto,

SE, 2018/2019. (N=161)

3 REFERÊNCIAS

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. **The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM.** Ann Surg Oncol. 17(6):1471-4. doi: 10.1245/s10434-010-0985-4, jun. 2010.

BOUZAS, F. L. **3º Congresso Brasileiro Todos Juntos Contra o Câncer Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia.** São Paulo, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, RJ, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância.** Rio de Janeiro, RJ, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.** Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. **Cadernos de atenção básica, n. 29.** 1. ed. 1 reim. Brasília, DF, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Cadernos de atenção básica, n. 13. 2 ed. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.** Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Tribunal de contas da união. Secretaria de fiscalização e avaliação de programas de governo. **Relatório de Auditoria – Política Nacional de Atenção Oncológica.** Brasília, DF, 2011.

CESAR, J.A. et al. **Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil,** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 19(5):1365-72, 2003.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Brasil.** Rev Panam Salud Publica, Rio de Janeiro, RJ, 1998;3(5):308-13, 2003.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Série Orientações e Recomendações n. 2, São Paulo, SP, 2016. v. 1.

FIGO - committee on gynecologic oncology. **Proposals reviewed by International Gynecologic Cancer Society during the FIGO meeting in 2006.** International Journal of Gynecology & Obstetrics, Issue 2,103-194, 2009. v. 105.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. **Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies.** Philadelphia, n. 4, p. 1060-1069, 2009. v. 18.

LOBA, Tiago Cepas. **Quanto custa tratar um paciente com câncer no SUS.** São Paulo, 2016. Disponível em <https://observatoriodeoncologia.com.br/quanto-custa-tratar-um-paciente-com-cancer-no-sus-em-2016/>. Acesso em: 20. Fev. 2018.

MARIA, D. P. E. D; Rodrigo, B.M. **Câncer de colo uterino – Fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento.** Ver. Med, São Paulo, SP, 2009.

MEDICE, André. **O custo do tratamento do câncer no Brasil.** São Paulo, 2018. Disponível em <https://setorsaude.com.br/o-custo-do-tratamento-do-cancer-no-brasil/>. Acesso em: 20. Fev. 2018.

NASCIMENTO, C.M.; Eluf-Neto, J.; Rego, R.A. **Pap test coverage in São Paulo municipality and characteristics of the women tested.** Bull Pan Am Health Organ, 30(4):302-12, 1996.

PARKIN, D, M et al. **Cancer incidence in five continents,** Lyon: IARC Press; n. 155, 2002. v. 8.

PINHO, A.A et al. **Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo.** Cad Saúde Pública, São Paulo, SP, 19 Supl. 2:303-13. 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Programa Mulher Curitibana**. 2009. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/mulher-curitibana-prog/programa-mulher-curitibana.html>. Acesso em: 28. Jan. 2018.

QUADROS, C.A.T.; Victora, C.G.; Dias-da-Costa, J.S. **Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil**. Rev Panam Salud Publica,16(4):223-32, 2004.

SANJOSE S, et al. **Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis**. The Lancet infectious diseases, New York, n.7, p.453-459, 2007. v. 7.

SISCOLO/SISMAMA - **Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer e mama**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siscolo-sismama>. Acesso em: 20. Jan. 2018.

TAN, S. Y. e TATSUMURA, Y. **George Papanicolaou (1883–1962): Discoverer of the Pap smear**. Singapore Med J. 56(10): 586–587. 2015.

VANESSA, G. et al. **Fatores associados à representatividade da zona de transformação em exames cito patológicos do colo uterino**. Rev. Cogitare Enfermagem, Paraná, PR, ISSN iss: 2176-913,3 2016.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês: O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido: Deve conter até 45 caracteres.

Descritores: Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou keywords) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas: Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos etc.

Resumo: São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução: Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos: Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser

incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão: A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver** – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documento citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada

uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução. Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAOU PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DAVI MARCOS DE LIMA

Pesquisador: LEDA LUCIA COUTO DE VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87938718.3.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto - Departamento de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.638.182

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de disciplina da graduação em medicina.

Objetivo da Pesquisa:

Entender a importância da indicação adequada do Papanicolau e identificar se há ou não realização indiscriminada do exame na Clínica de Saúde da Família Davi Marcos de Lima.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras

Riscos:

Riscos mínimos, que podem advir de desconforto para responder algumas perguntas

Benefícios:

Entender a importância da realização e adesão correta ao exame e identificar os entraves para tal Além da proposição de intervenções, como a implantação do cartão de saúde da mulher, para se obter um controle maior da frequência da realização desse exame.

Ressalta-se que deve ser assegurado o sigilo, anonimato e liberdade para recusar-se participar do estudo

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.638.182

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a pesquisa é viável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo chefe da medicina Lagarto;

Autorização da instituição apresentada;

TCLE adequado;

Cronograma com início prevista para 29 de maio;

Orçamento assumido pelas pesquisadoras

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1105118.pdf	18/04/2018 12:39:51		Aceito
Cronograma	CronogramaPapanicolauaposCEtica.docx	18/04/2018 12:39:27	LEDALUCIA COUTO DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPapanicolaurevisto.docx	18/04/2018 12:39:11	LEDALUCIA COUTO DE VASCONCELOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCPapanicolau0418.docx	18/04/2018 12:38:52	LEDALUCIA COUTO DE VASCONCELOS	Aceito
Folha de Rosto	FRPapanicolau.pdf	03/04/2018 09:33:56	LEDALUCIA COUTO DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeAnuenciaPapanicolau.pdf	01/04/2018 19:33:54	LEDALUCIA COUTO DE VASCONCELOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.638.182

Não

ARACAJU, 07 de Maio de 2018

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

Página 03 de 03

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Questionário sobre a realização do exame citológico de colo do útero

Marque apenas uma alternativa em cada questão!

1- Idade:

- ☐ Menos que 25 anos
- ☐ Entre 25 e 35 anos
- ☐ Entre 36 e 45 anos
- ☐ Entre 46 e 55 anos
- ☐ Entre 56 e 64 anos
- ☐ Mais que 64 anos

2- Estado civil:

- ☐ Solteira
- ☐ Casada
- ☐ União estável
- ☐ Viúva

3- Escolaridade:

- ☐ Nunca estudou.
- ☐ Ensino Fundamental incompleto.
- ☐ Ensino Fundamental completo.
- ☐ Ensino Médio incompleto.
- ☐ Ensino Médio completo.
- ☐ Ensino Superior incompleto.
- ☐ Ensino Superior completo.

4- Renda familiar:

- ☐ Menos que 1 salário mínimo. (Menos que R\$ 954)
- ☐ 1 salário mínimo. (R\$ 954)
- ☐ 2 salários mínimos. (R\$ 1.908)
- ☐ 3 salários mínimos. (R\$ 2.865)
- ☐ 4 salários mínimos. (R\$ 3.816)

☐ 5 ou mais salários mínimos. (R\$ 4.770)

5- Tem vida sexual ativa?

☐ Sim ☐ Não

6- Com que idade iniciou a vida sexual?

☐ Menos que 25 anos

☐ Entre 25 e 35 anos

☐ Entre 36 e 45 anos

☐ Entre 46 e 55 anos

☐ Entre 56 e 64 anos

☐ Mais que 64 anos

7- Tem parceiro fixo?

☐ Sim ☐ Não

8- Quantos parceiros sexuais teve no último ano?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ mais de 3

9- Você alguma vez já realizou o exame preventivo?

☐ Sim ☐ Não *Se não, vá para o item 18.

10- Se sim, quantas vezes já realizou o exame preventivo?

☐ 1 vez

☐ 2 vezes

☐ 3 vezes

☐ 4 vezes

☐ 5 vezes

☐ 6 vezes

☐ 7 vezes

☐ 8 vezes

☐ 9 vezes

☐ 10 vezes

☐ Mais de 10 vezes

11- Com que idade você começou a realizar o exame preventivo?

☐ Menos que 25 anos

☐ Entre 25 e 35 anos

☐ Entre 36 e 45 anos

☐ Entre 46 e 55 anos

☐ Entre 56 e 64 anos

☐ Mais que 64 anos

12- Quantas vezes em 2017 realizou o exame preventivo?

- ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ Mais que 2 vezes
-

13- Com que frequência costuma realizar o exame?

- ☐ A cada 6 meses
☐ Anualmente
☐ A cada 2 anos
☐ A cada 3 anos
☐ A cada 4-5 anos ou mais
☐ Só fez uma vez na vida
☐ Não há um intervalo de tempo regular
-

14- Por que realiza o exame nessa frequência?

- ☐ Recomendação médica.
☐ Recomendação da Enfermagem.
☐ Recomendação da Agente comunitária de Saúde.
☐ Recomendação de Amigas.
☐ Porque acha que é o correto.
☐ Porque acha que é mais seguro assim.
☐ Por medo do resultado.
☐ Por ter vergonha de fazer o exame.
☐ Por ter mais de um parceiro sexual.
☐ Por ser difícil o acesso ao exame.
☐ Outro. Qual? _____
-

15- Da última vez, por que você realizou o exame preventivo?

- ☐ Estava com queixas/sintomas (corrimento, prurido, sangramento).
☐ Como exame de rotina, sem queixa/sintomas.
-

16- Você tem dificuldade para ter acesso a realização do exame preventivo?

- ☐ Sim ☐ Não
-

17 – Você tem vergonha ou medo de realizar o exame preventivo?

☐ Sim ☐ Não

18 - Você sabe qual a faixa etária preconizada pelo ministério da saúde para realização desse exame?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual é? _____

19 – Você sabe qual a frequência preconizada pelo ministério da saúde para realização desse exame?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual é? _____

*O item a seguir é destinado apenas a quem respondeu “Não” ao item 8 deste questionário.

20- Por que você nunca realizou o exame preventivo?

☐ Não sabia da existência do exame.

☐ Acho que não preciso fazer / Não tem indicação.

☐ Nenhum profissional de saúde solicitou.

☐ Tenho vergonha.

☐ Tenho medo do resultado.

☐ Tenho dificuldade em ter acesso ao exame. (Dificuldade de marcar ou de chegar até a UBS ou não estar livre no horário em que é realizado o exame, entre outros).

☐ Outro. Qual? _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezada Senhora:

Esta pesquisa tem como título **“Avaliação da realização do Papanicolaou para rastreamento de câncer de colo uterino na Clínica de Saúde da Família Davi Marcos de Lima”** e está sendo desenvolvida por acadêmicos e docentes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – campus Antônio Garcia Filho.

A finalidade deste trabalho é identificar o padrão de realização do exame do Papanicolaou na Clínica de Saúde da Família Davi Marcos de Lima e propor a criação do cartão de saúde da mulher. Também poder contribuir e poder planejar futuras intervenções acerca da prevenção e promoção da saúde da mulher.

Solicitamos a sua colaboração para que possa responder os questionários presentes no estudo, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa, em hipótese alguma divulgará quaisquer dados que venham a expor o paciente de forma indevida ou antiética, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

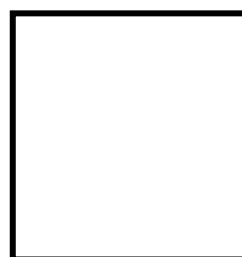
A sua participação envolverá riscos mínimos, decorrentes de eventual desconforto ao responder os questionários. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de

como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Impressão dactiloscópica

Lagarto, ____ de ____ de ____



Assinatura da participante ou responsável legal

Pesquisador 1: Ana Flávia Lima Araújo. Discente do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, Campus de Lagarto. Telefone: (079) 991231840. E-mail: flavia_est@ymail.com.

Pesquisador 2: Andrea Wanessa Angelo da Silva. Discente do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, Campus de Lagarto. Telefone (079) 991158864. E-mail: andrea.wanessa@gmail.com.

Orientadora: Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos. Docente do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, Campus de Lagarto. Doutora em Saúde Coletiva. Telefone: (079) 998757256. E-mail: ledaluciavasconcelos@gmail.com.

APÊNDICE C - CARTÃO DE SAÚDE DA MULHER

EXTERNO

DATA

MAMOGRAFIA/USG MAMAS

NOME

DATA DE NASCIMENTO

TIPO SANGÜÍNEO

RG

Nº PRONTUÁRIO

CARTÃO DO SUS

INTERNO

DATA

EXAME PREVENTIVO